

# **AIDI**

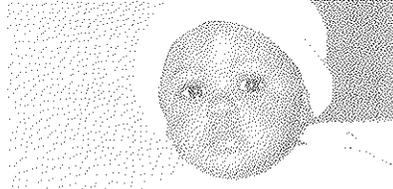
## **ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS DA INFÂNCIA**



### **SITUAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA AIDI EM MOÇAMBIQUE 1998 - 2002**



Ministério da Saúde  
Direcção Nacional de Saúde  
Secção de Saúde Infantil



## FICHA TÉCNICA

### Título

Situação da Implementação da AIDI em Moçambique 1998 - 2002

### Edição

Ministério da Saúde  
Direcção Nacional de Saúde  
Departamento de Saúde da Comunidade  
Secção de Saúde Infantil

A elaboração deste documento foi baseada no trabalho desenvolvido pelo Grupo de Trabalho da AIDI a nível central, provincial/distrital coordenado pela Chefe da Secção de Saúde Infantil Dra. Benedita da Silva, como apoio dos principais parceiros como OMS, UNICEF e USAID/JSI.

Lista dos principais colaboradores:

Ana Mataleza	Lucy Ramirez
Atalia Macome	Maria Luiza António
Aly Hamido	Mouzinho Saide
Benedita da Silva	Naguib Guiamo
Irene Rungo	Prafulta Jaiantilal
Jonas Chalufu	Renata Schumacher
Jonas Chambule	Terezinha Fagundes
Judite Langa	

Maputo, Maio de 2003

A impressão deste manual foi financiada pelo projecto HSDS/JSI - USAID  
Contract Number 656-C-00-00-00053-00 (HSDS)





## Prefácio

Moçambique apresenta elevadas taxas de mortalidade em crianças menores de cinco anos. Estas mortes são, na sua maioria, devidas à malária, malnutrição, diarreia pneumonia e HIV/SIDA.

Para melhorar este cenário, o Ministério da Saúde adoptou, em 1998, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças da Infância, AIDI, apoiado pela OMS, UNICEF, USAID e ONGs. Esta estratégia tem como objectivo melhorar a qualidade, eficácia e eficiência da atenção à criança nos serviços de saúde, na família e na comunidade, de uma forma equitativa.

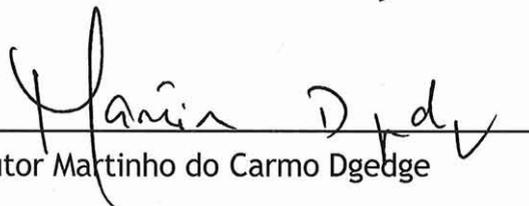
Como resposta às exigências, próprias da estratégia, foi necessário formar trabalhadores de saúde que prestam cuidados à criança, reforçar o sistema e envolver a família e a comunidade em acções promocionais à saúde da criança.

Esta brochura descreve, de uma forma resumida, todo o processo de implementação da AIDI em Moçambique. Muito trabalho foi feito mas, ainda há muito por fazer. A estratégia deve chegar onde ainda chegou. Os desafios são enormes!

Espera-se que ela seja um instrumento difusor do esforço que o País está fazendo, apoiado pelos seus parceiros, para que as crianças moçambicanas tenham a oportunidade de crescer com saúde e desta forma tornarem-se adultos saudáveis, para melhor contribuírem para o crescimento e desenvolvimento de Moçambique.

Maio de 2003

O Director Nacional de Saúde Adjunto



---

Doutor Martinho do Carmo Dgedge



## Acrónimos

AIDI	Atenção Integrada às doenças de Infancia
AIDI-S	Atenção Integrada às doenças de Infancia Simplificado
CLC	Conselho de Líderes Comunitários
CRO	Canto de Rehidratação Oral
DANIDA	Agência Dinamarquesa para o Desenvolvimento
DDS	Direcção Distrital de Saúde
DPS	Direcção Provincial de Saúde
EV	Endovenoso
HAI	Health Alliance International
HOPE	Hope
HSDS	Health Services Delivery Support Project
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
JSI	John Snow Incorporated
MCDI	Medical Care Development International
N.V.	Nascimentos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNI	Programa Nacional Integrado
SC	Save the Children



# Índice

<b>Introdução</b> .....	5
Estrutura de gestão da estratégia AIDI e principais Parceiros .....	6
Principais parceiros .....	7
<b>Uma Estratégia em constante evolução e adaptação:</b>	
Processo de adaptação .....	8
Províncias/ distritos de implementação inicial (1999, 2000) ..... e de implementação actual Março 2003)	9
Estado de Implementação da AIDI .....	10
Componentes da Estratégia AIDI .....	11
Componente 1: Melhoria das habilidades dos Trabalhadores de Saúde .....	12
Treinos de AIDI .....	14
Introdução de AIDI-Simplificado .....	14
Introdução de AIDI no ensino pré-laboral .....	16
Treino em Cuidados de Emergencia nos hospitais rurais .....	16
Seguimento pois de treino .....	17
Componente 2: Melhoria do Sistema de Saúde .....	19
Componente 3: Melhoria das Práticas Familiares e Comunitárias .....	21
Reunião Nacional de Revisão e Planificação da Estrategia AIDI .....	23
Desafios .....	23
Lições aprendidas .....	24
Constrangimentos .....	25
Anexos .....	27



## Introdução

Cerca de 11 milhões de crianças com idade inferior a 5 anos morrem anualmente no mundo, de doenças comuns e evitáveis, tais como infecções respiratórias agudas, diarreia, malária, sarampo e malnutrição. A maioria destes óbitos ocorrem em países da África Sub-Sahariana.

Nos meados da década de 90 a OMS e o UNICEF, desenvolveram um modelo de atenção integrada às doenças da infância (AIDI) destinado aos serviços de saúde do nível primário nos países com uma mortalidade infantil superior a 40 por 1000 nascidos vivos. O objectivo da estratégia é de melhorar a qualidade, a eficácia e a eficiência da atenção à criança, melhorar as práticas familiares e comunitárias de saúde, a fim de proporcionar às crianças a oportunidade de crescer e se tornarem adultos saudáveis e produtivos.

O modelo de atenção proposto na estratégia AIDI, proporciona um esquema integrado de avaliação à criança de 7 dias de vida até aos 5 anos de idade, identificando a presença de qualquer problema de saúde e de nutrição, de maneira sistemática para além do motivo aparente da consulta. Deste modo, aumentam as oportunidades para classificar de acordo com o risco de morte e tratar os problemas, assim como de aplicar medidas de prevenção, educação e promoção de saúde em qualquer consulta ambulatoria.

Moçambique apresenta uma taxa de Mortalidade Infantil (TMI) estimada em 135 por 1000 nados vivos e uma taxa de mortalidade em menores de cinco anos de 201 por 1000 (IDS, 1997). As principais causas da mortalidade no país são a Malária, Doenças Diarreicas, Infecções Respiratórias Agudas, Sarampo, Malnutrição e HIV/SIDA.

Em Moçambique, a estratégia de AIDI foi introduzida em 1998 e, pretende dar resposta à necessidade de integrar e sistematizar o manejo das doenças e melhorar a qualidade de atenção à criança. A estratégia foi assim assumida como parte da Atenção Integrada à Criança, e é considerada uma componente do Programa Nacional Integrado (PNI) do Departamento de Saúde da Comunidade.

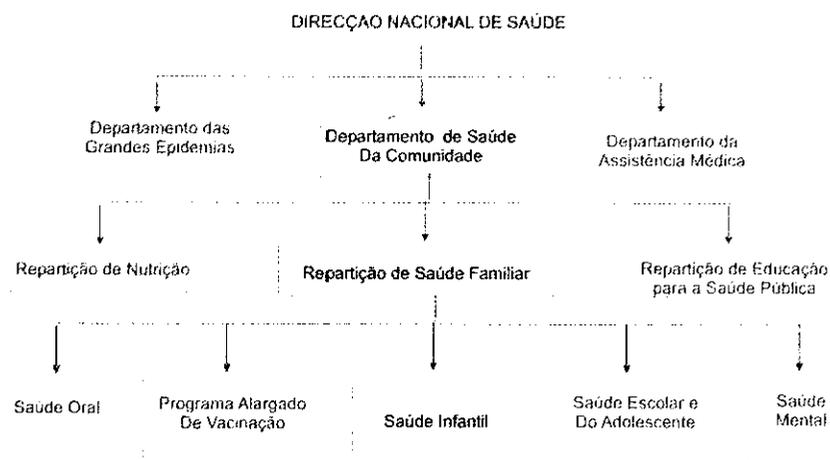
**Desenvolver Qualidade  
com Carinho, Respeito,  
Confiança e Satisfação**



# ESTRUTURA E GESTÃO DA ESTRATÉGIA AIDI

## Nível central

Este Departamento é chefiado pelo Director Nacional de Saúde Adjunto, que é o responsável mais directo pelo funcionamento e gestão de todos os programas da saúde infantil e, em particular, da estratégia AIDI.



A coordenação nacional da estratégia está a cargo da chefe da secção de Saúde Infantil, apoiada pelo Grupo Técnico da AIDI. Este grupo tem como missão:

- Planificar as actividades da estratégia a nível nacional;
- Apoiar as províncias na planificação e implementação da estratégia;
- Coordenar com outros programas do Ministério da Saúde, cujas actividades estão directamente relacionadas com a estratégia, nomeadamente, PAV, Nutrição, RESP, Farmácia e Formação;
- Preparar uma base de dados dos resultados das visitas de seguimento e capacitação das Províncias na análise e utilização dos mesmos.

## Nível provincial

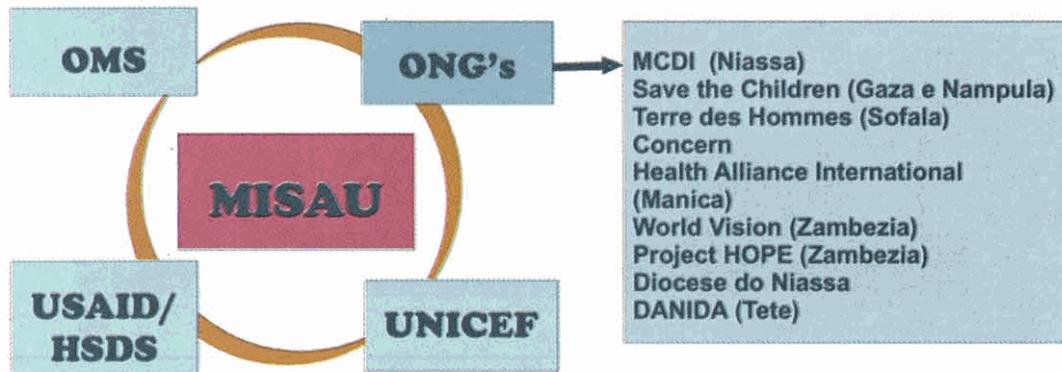
Na província, a gestão da estratégia é da responsabilidade do Grupo Provincial de Trabalho para a AIDI.

Este grupo é formado pela cúpula da Direcção Provincial de Saúde e por todos os outros sectores da direcção provincial cujas actividades se relacionam com a estratégia. A coordenação da AIDI está a cargo da enfermeira responsável pela Saúde Materno Infantil na província.



## Principais Parceiros

Para a implementação da estratégia, o Ministério da Saúde conta com o apoio técnico e financeiro dos seguintes parceiros:



O apoio dos parceiros é vital para o sucesso da estratégia AIDI em Moçambique. A OMS e o UNICEF têm colaborado com o MISAU desde o início da implementação da estratégia. A partir de 2000 a USAID através do projecto HSDS passou também a colaborar com o MISAU na implementação da AIDI, tendo havido um grande impulso e expansão das actividades a partir de 2001.

As ONGs foram importantes parceiros a nível das províncias, onde impulsionaram em coordenação com as DDS e DPS, as actividades da componente comunitária da AIDI e apoiaram no fortalecimento da capacidade institucional.

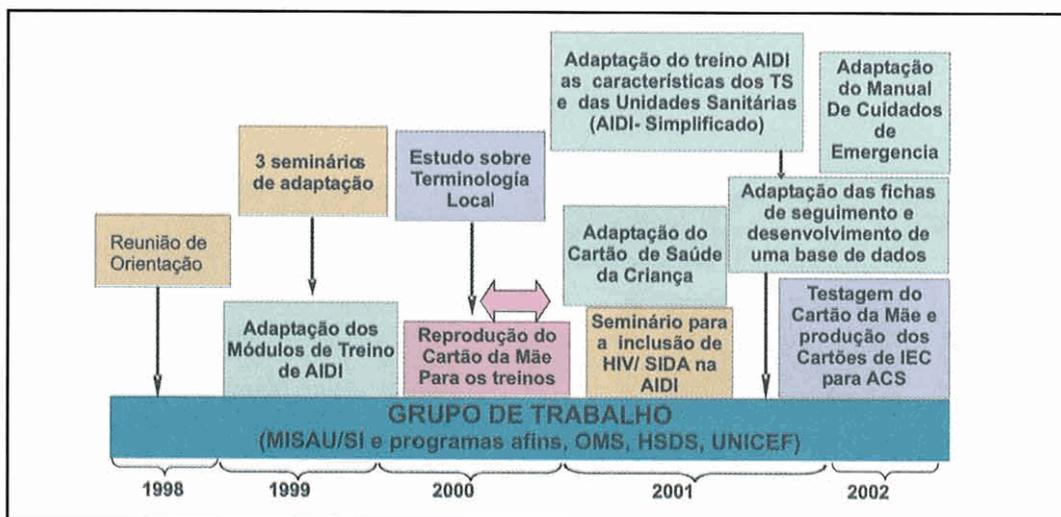
**"As Crianças são a seiva da Nação e as Flores que nunca murcham"**

Samora Moisés Machel,  
1º Presidente da República de Moçambique



# AIDI: Uma Estratégia em constante evolução

## Processo de Adaptação



O processo de adaptação dos materiais de AIDI teve início em 1999. O objectivo da adaptação é o de tornar os instrumentos genéricos da OMS consistentes com a situação epidemiológica do país e com as normas nacionais de tratamento das doenças incluídas na estratégia, tornando-os assim passíveis de serem utilizados através do sistema nacional de saúde. Ainda no âmbito da AIDI, foram revistos o cartão de saúde da criança e o manual de atenção à criança sadia.

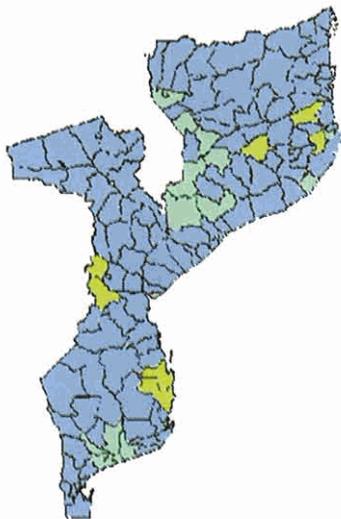
Neste exercício de adaptação, participaram para além do grupo de trabalho da AIDI, técnicos dos programas relacionados com a estratégia, nomeadamente, nutrição, PAV, malária, epidemiologia, RESP/IEC, farmácia e pediatras do Hospital Central de Maputo. Parte dos trabalhadores de saúde do nível primário, na sua maioria do nível elementar têm dificuldade na leitura, compreensão e assimilação das matérias contidas nos módulos de formação em AIDI. Assim o MISAU, decidiu adaptar os instrumentos de formação do programa de CDD/IRA/Malária aos princípios da AIDI para permitir a sua utilização nas formações em AIDI.

A adaptação dos materiais da AIDI, continua em curso pois, ainda está em processo a adaptação dos materiais de treino em AIDI para as instituições de formação médica e paramédica, dos módulos de formação em AIDI para a inclusão do HIV/SIDA e a revisão das normas pediátricas



## Províncias e Distritos de Implementação Inicial (1999 e 2000) e actual (Março 2003)

1999 - 2001



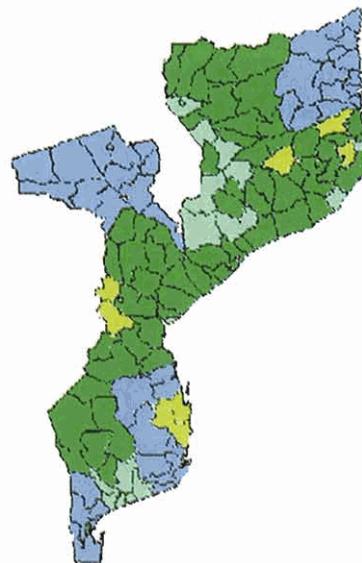
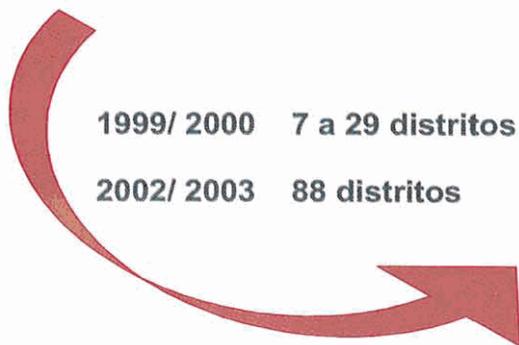
7 distritos iniciais de AIDI → 1999  
 22 distritos adicionais de AIDI → 2000 (chegada do projecto HSDS)

### 29 Distritos de Implementação Inicial

<b>GAZA</b> Bilene Chibuto Chokwe Manjacaze Xai-Xai	<b>ZAMBEZIA</b> Gurue Milange Mocuba Morrumbala Quelimane
<b>NIASSA</b> Cuamba Lichinga Mandimba	<b>INHAMBANE</b> Massinga Villanculos
<b>NAMPULA</b> Angoche Erati Monapo Nacala Ribaué Moma	<b>SOFALA</b> Buzi Cheringoma Dondo Marromeu Nhamatanda
<b>MANICA</b> Barue Chimoio Manica Sussundenga	

7 distritos iniciais de AIDI  
 22 distritos adicionais (chegada projecto HSDS)

### 88 Distritos de Implementação actual

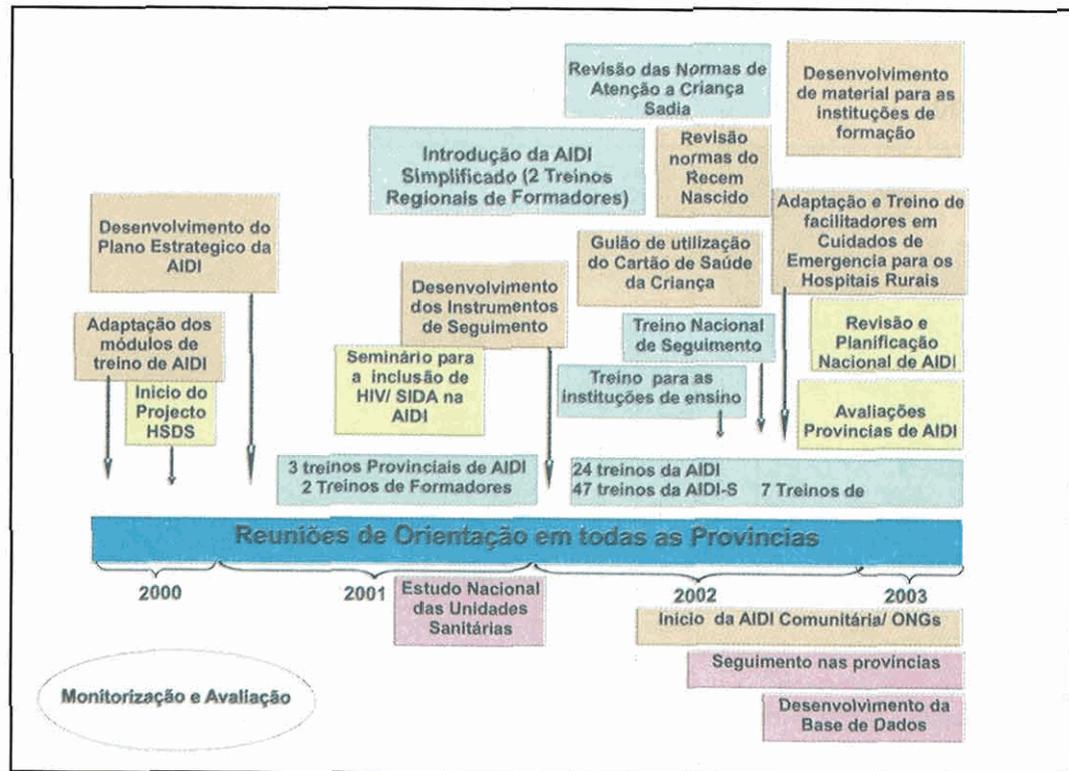


61 distritos de AIDI adicionais

Em Março 2003



## ESTADO DE IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATEGIA AIDI (ACTIVIDADES CHAVE)



As actividades mais importantes desenvolvidas no âmbito da estratégia AIDI são apresentados na figura acima. A adaptação dos módulos de treino de AIDI e a criação de uma capacidade nacional iniciaram o processo de implementação no país. Com a criação de capacidade provincial e desenvolvimento dos módulos de treino de AIDI-S impulsionou-se a descentralização das actividades e expansão da AIDI a todos os distritos das 7 províncias. A introdução do modelo da AIDI nas instituições de ensino médico e paramédico é também uma actividade importante que permitirá treinar de modo sustentável, todos os profissionais de saúde.

A monitorização da implementação das actividades da AIDI foi desenvolvida através de um estudo de base das unidades sanitárias, seguimento do pessoal treinado, desenvolvimento de uma base de dados de pessoal treinado e de seguimento, entre outras. Actividades relacionadas com o reforço do sistema foram implementadas de modo contínuo embora ainda numa fase incipiente.

As Reuniões de Avaliação da AIDI nas 7 províncias foram a base da discussão da Reunião Nacional de Revisão da Estratégia AIDI.

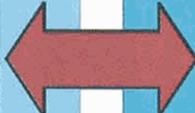


# Componentes da Estratégia AIDI

Reforço do Sistema de Saúde para a prestação de Serviços



Melhoria das Habilidades dos Trabalhadores ed Saúde no Manejo da Criança Doente



Melhoria das Práticas Familiares e Cominutárias



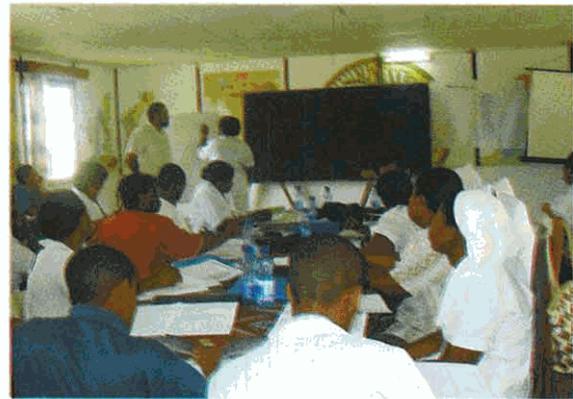


## Melhoria das Habilidades dos Trabalhadores de Saúde no Manejo Da Criança Doente



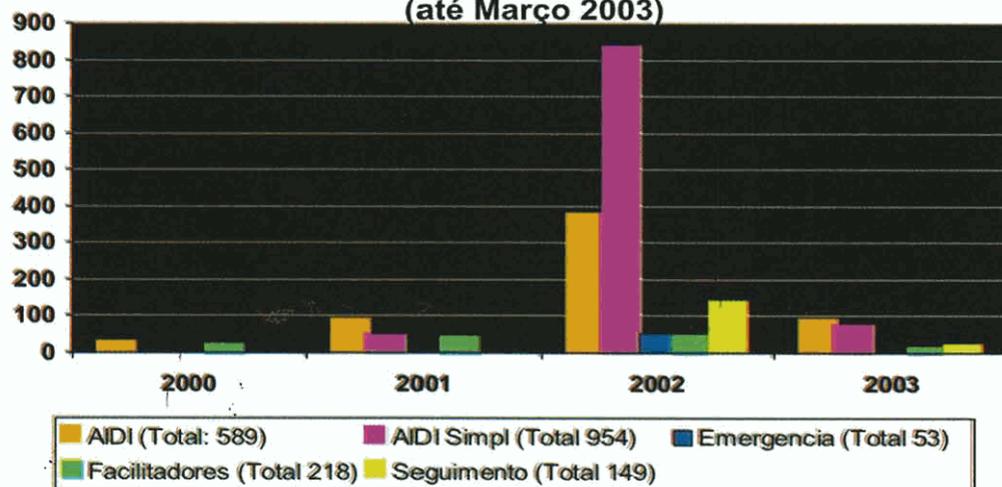
# Treinos de Atenção Integrada a Criança Doente

A formação em AIDI dos trabalhadores de saúde do nível primário foi uma das primeiras prioridades no início da implementação da estratégia. Tratando-se de uma estratégia nova no país havia necessidade de formar uma massa crítica para sua implementação. Assim, o MISAU/DPSs, em colaboração com os seus parceiros na implementação da Estratégia realizaram os seguintes treinos relacionados com a AIDI:



1. **Formação de facilitadores**
2. **Manejo clínico de casos (AIDI e AIDI-S)**
3. **Seguimento pós treino**
4. **Cuidados de emergência à criança grave**

Treino de AIDI: Pessoal treinado/ tipo de treino por ano  
(até Março 2003)





Em 2000, o enfoque foi dado à criação de capacidade ao nível central, com muito pouco envolvimento das províncias. No ano seguinte, iniciou a capacitação nas províncias (Inhambane, Manica e Nampula) com apoio total do nível central. Mais províncias começaram a implementar a AIDI em 2002 (Niassa, Sofala, Gaza e Zambézia), tendo aumentado a quantidade de treinos.

Neste ano, houve descentralização da formação em AIDI, tendo as províncias ganho gradualmente capacidade de conduzir os treinos sem o apoio técnico do nível central. Em 2002 houve também introdução dos treinos em Seguimento e em Cuidados de Emergência para a criança grave.

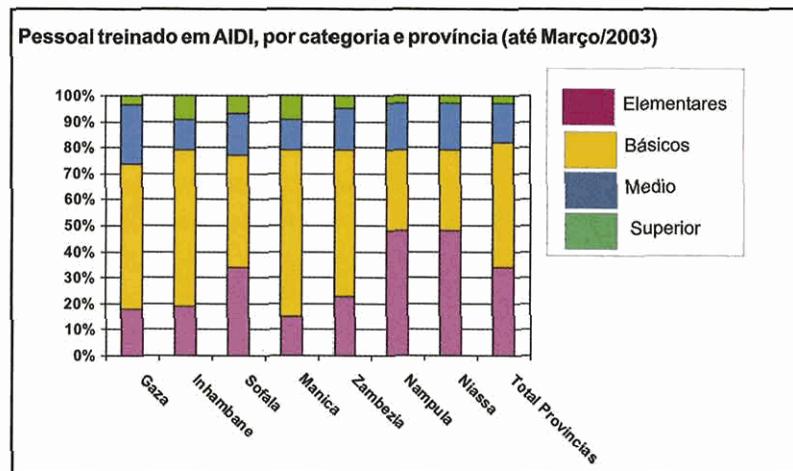
## Formação de Facilitadores

A formação de facilitadores habilita os participantes dos cursos a conduzirem os treinos para os quais são formados e, a descentralização da capacitação em AIDI para as províncias/distritos. Assim, foram formados até o momento 198 facilitadores para os treinos de AIDI, AIDI-S e Cuidados de Emergência no nível central e nas províncias.



## Treino de AIDI

Nos treinos de AIDI (manejo clínico de casos), os profissionais de saúde habilitam-se a avaliar, tratar, aconselhar a criança seguindo um modelo de atendimento integrado, que consiste na avaliação em todas as crianças doentes de: sinais de perigo, tosse, diarreia, febre, dor de ouvido, anemia e estado nutricional. Para além de permitir a detecção e referência atempada de crianças com doença grave, o modelo dá ênfase à comunicação com as mães ou acompanhantes e diminuir as oportunidades perdidas de vacinação.



## Introdução de Treino de AIDI Simplificado

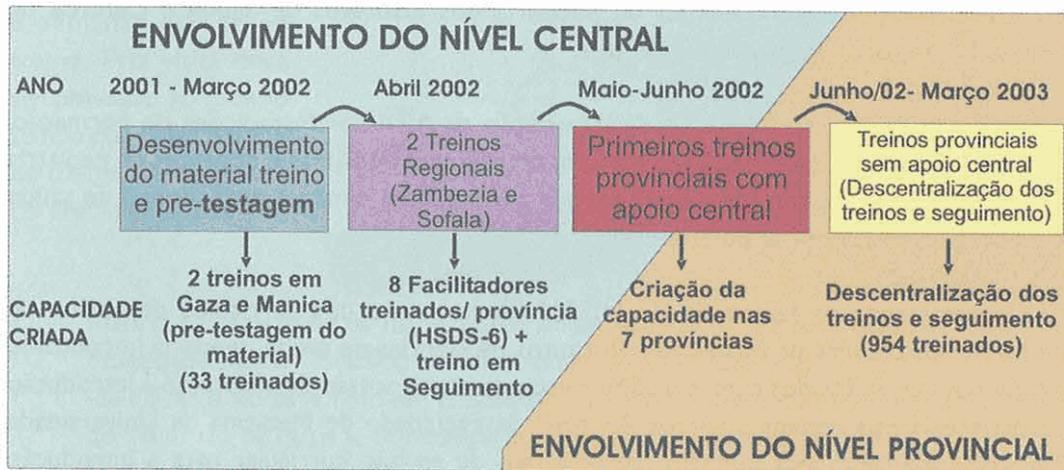
O treino clássico de AIDI não possibilita a inclusão dos profissionais de saúde de nível elementar devido à sua relativa complexidade. Uma vez que a estratégia AIDI habilita o profissional de saúde a melhorar a qualidade do atendimento à criança, o MISAU sentiu a necessidade de procurar formas de incluir os trabalhadores elementares na estratégia. Assim, iniciou-se um processo de adaptação de materiais de treino (CDD/IRA/Malária e AIDI) que resultou na simplificação dos conteúdos e linguagem dos manuais de AIDI, tornando-os de fácil leitura e compreensão. Nasceu assim o treino da AIDI simplificada (AIDI-S) que é compatível para pessoal de





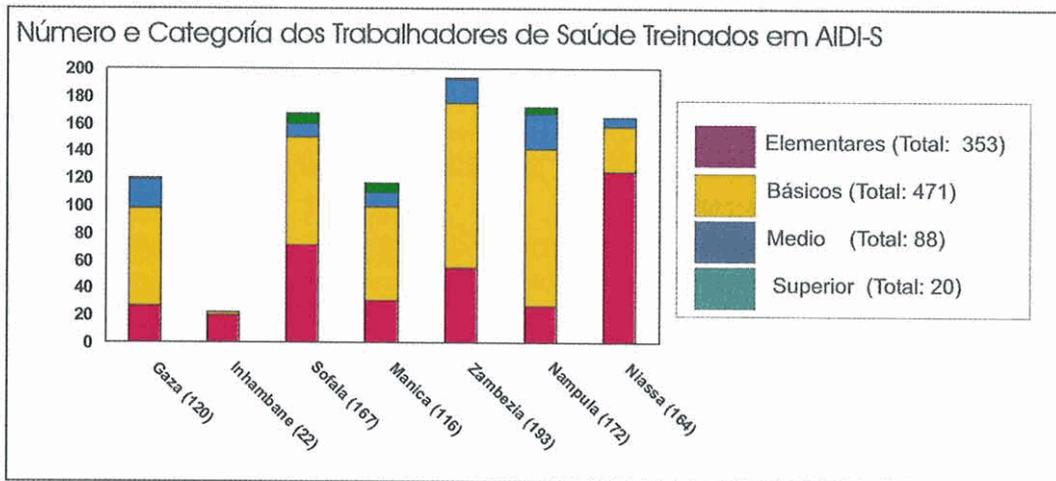
saúde de todos os níveis, incluindo os elementares, responsáveis pela prestação de cuidados de saúde de uma proporção considerável da população moçambicana. A concepção deste material, dá igual oportunidade a todos os trabalhadores de saúde moçambicanos que prestam cuidados à criança, de melhorarem a qualidade de atendimento destas.

No quadro seguinte mostra-se o processo de implementação e descentralização dos treinos de AIDI-S, que comparativamente com os treinos de AIDI foi assumido e replicado com maior facilidade pelas províncias.



O primeiro curso em cada província teve o apoio do nível central. Os restantes treinos foram realizados inteiramente pelas equipas de facilitadores das províncias, previamente formados em 2 treinos regionais.

No gráfico que se segue encontra-se a descrição do tipo de trabalhadores de saúde formados em AIDI-S descriminados por categoria e por província





## **Ensino Pré- Laboral da AIDI**

Como forma de garantir a sustentabilidade da componente da AIDI “Melhoria das habilidades dos Trabalhadores de Saúde”, foi iniciado em 2000 o processo de introdução do ensino das normas da estratégia AIDI nas instituições de formação de trabalhadores de saúde do país. Neste contexto, foi realizada na cidade da Beira em 2001 uma reunião de orientação para os docentes de pediatria dos centros de Formação, Institutos de Ciências de Saúde e Faculdades de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane e Universidade Católica da Beira. No ano seguinte, 2002, ainda na cidade da Beira, foi realizado um curso da AIDI para docentes de pediatria dos Institutos de Saúde e Centros de Formação de todas as províncias do país.

No prosseguimento do processo de introdução da AIDI nas Instituições de Formação, teve lugar na cidade de Maputo um curso adaptado para Pediatras e docentes de pediatria da Universidade Eduardo Mondlane, em que participaram também profissionais de saúde de países de língua oficial portuguesa.

O Departamento de Formação do MISAU fez a revisão dos currículos de ensino de pediatria nos centros de formação e institutos de ciências de saúde, tendo já introduzido a AIDI nos currículos dos cursos de SMI e estando em processo de adaptação à introdução da estratégia nos restantes cursos. Ao nível da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, está também em processo de revisão curricular para a introdução da AIDI no ensino da pediatria. Um manual específico de AIDI para os estudantes de medicina está actualmente a ser adaptado pelo grupo técnico da AIDI do MISAU.

## **Treino em cuidados de emergência da criança grave nos Hospitais Rurais**

Este treino tem o objectivo de capacitar os profissionais de saúde dos hospitais rurais e outros hospitais de referência na melhoria na qualidade do atendimento de emergência à criança com doença grave.

Neste contexto foi realizado em Outubro de 2002 na Província de Manica, um treino de âmbito nacional que contou com o apoio de um consultor externo. Participaram 33 técnicos de saúde de hospitais de referência provenientes das 7 províncias que implementam a AIDI. Parte dos participantes foram seleccionados como facilitadores para a replicação do treino nas suas províncias de origem.

Até ao momento foram feitos 2 treinos provinciais de cuidados de emergência (20 treinados), na província da Zambézia estando as restantes províncias ainda a organizar-se.

## SEGUIMENTO DE AIDI DEPOIS DO TREINO

O seguimento pós-treino é parte integrante do treino em AIDI. Recomenda-se que todos os trabalhadores treinados recebam uma visita de seguimento 4 a 6 semanas depois do treino. Esta visita deve ser planeada ao mesmo tempo que se faz o plano de treino. Os objectivos do seguimento são:



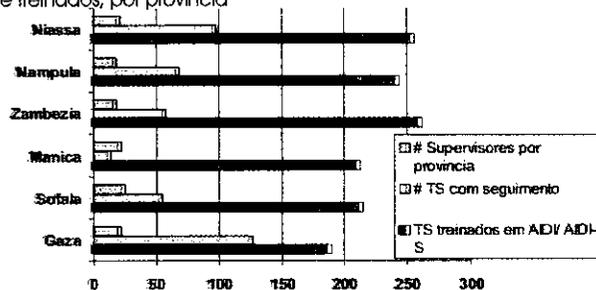
- Reforçar a capacidade de manejo de crianças doentes e ajudar a transferir essa capacidade para o trabalho rotineiro nas unidades sanitárias
- Identificar e ajudar a resolver problemas enfrentados pelos trabalhadores de saúde no manuseio de casos e, se necessário, reorganizar a unidade sanitária
- Colher informações sobre o desempenho dos trabalhadores de saúde e sobre as condições que influenciam esse desempenho de modo a melhorar a implementação da AIDI.

Para dar início a esta actividade, foi realizado um treino em supervisão e seguimento, de âmbito nacional, que contou com a participação de um consultor externo. Os participantes (32) foram capacitados para fazer visitas de seguimento ao pessoal treinado em AIDI. A partir de Maio de 2002 a formação em seguimento foi incluída nos treinos de formação de facilitadores de AIDI e AIDI-S, tendo sido capacitados a fazer seguimento 117 facilitadores formados neste período..

A implementação do seguimento iniciou relativamente tarde em relação ao início dos treinos (aproximadamente um ano depois dos primeiros treinos). Assim, os primeiros profissionais

formados foram seguidos tardiamente e, a cobertura actual do seguimento é ainda baixa, sendo a média do país de 30% dos treinados. No entanto, verificou-se que houve trabalhadores treinados que receberam mais de 1 visita de seguimento (alguns até 4) sem que outros tivessem recebido nenhuma.

Pessoal que recebeu visita de seguimento comparado com o total de treinados, por província





## Alguns Resultados do seguimento: Manejo da Criança Doente

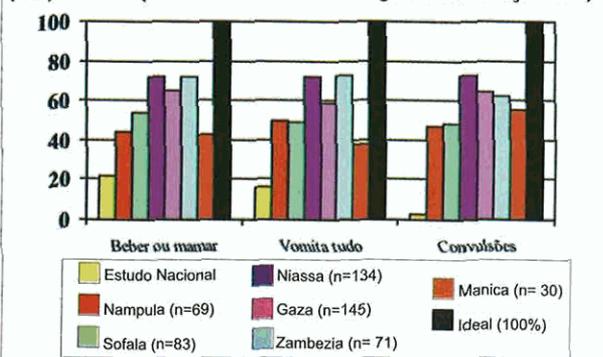
Uma das funções dos supervisores durante a visita de seguimento é a observação da forma como os trabalhadores de saúde treinados em AIDI fazem o manejo da criança doente nas suas unidades sanitárias.

Esta observação permite avaliar em que medida houve uma mudança de atitude do TS no

atendimento à criança (avaliação integrada), se há uma melhoria na qualidade de atendimento e, permite também ajudar o TS a superar as dificuldades que encontra na aplicação da AIDI.

Nas figuras que se seguem, são apresentados alguns resultados das visitas de seguimento relacionados com a observação do manejo de casos pelos TS formados em AIDI e AIDI-S. Os resultados são

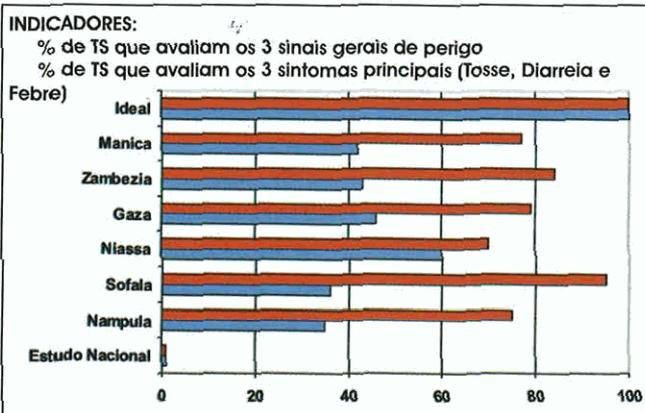
% de Trabalhadores de Saúde que avaliam os sinais de perigo por província (Fonte: base de dados seguimento Março 2003)



comprados com um estudo de base de avaliação das unidades sanitárias, realizado em 2001 em todas as províncias do país. OS TS entrevistados neste estudo, ainda não tinham tido formação em AIDI.

Os resultados de seguimento são utilizados para fazer comparações do desempenho dos trabalhadores de saúde treinados entre as províncias,

obtenção de indicadores e avaliação das habilidades de comunicação interpessoal ensinadas nos treinos de AIDI e AIDI-S. Houve aconselhamento sobre o tratamento e recomendações sobre quando voltar imediatamente.





## Melhoria das Práticas Familiares e Comunitárias



A Componente Familiar e Comunitária da AIDI é definida como uma abordagem integrada multisectorial dos cuidados à criança, visando a promoção e melhoria das práticas familiares e comunitárias chave, vitais para a sobrevivência, crescimento e desenvolvimento da criança.

As principais actividades basearam-se nos seguintes elementos:

1. Organização de Conselhos de Líderes Comunitários,
2. Treino dos Agentes Comunitários de Saúde em AIDI,
3. Divulgação das mensagens chave da AIDI através de diversos meios de CLC's, US, material impresso e audio visual, etc.).

**Agentes Comunitários de Saúde treinados em AIDI – Abril 2003**

Provincia	ONG	ACS
Gaza	SCFG	117
Nampula	SCFN	82
Nhassa	MCDI	69
Zambezia	WV/PH	127
<b>Total</b>		<b>395</b>

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) participaram em treinos teórico-práticos, utilizando os materiais de treino elaborados para o efeito. Entre as suas diversas tarefas, incluem-se a educação sanitária as famílias, visitas domiciliárias, avaliação de crianças sadias e doentes e transferências destas aos serviços de saúde. Os ACS também elaboram relatórios de actividades que são apresentados às US e participam nas reuniões comunitárias. Um total de 24,151 crianças doentes foram transferidas para as US.



## Mobilizador comunitário supervisionando o ACS

As supervisões aos ACS são realizadas pelo pessoal de saúde e das ONGs. Estas são educativas, e realizam-se periodicamente, e consistem de:

- a) Acompanhamento das visitas domiciliárias,
- b) Palestras e
- c) Verificação do preenchimento do registo Mensal
- d) Revisão do stock de materiais de trabalho: guias de transferências, fichas do relatório mensais e outras.



**12,818 membros dos conselhos de saúde em 6 províncias foram treinados em assuntos chaves de Saúde Infantil**

## REUNIÃO DE REVISÃO E PLANIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA AIDI (Maputo, Abril 2003)



Realizou-se de dia 31 de Março a 4 de Abril de 2003, no Hotel VIP em Maputo, a Reunião Nacional de Revisão e Planificação da Estratégia AIDI. Neste encontro foi realçada a importância que a AIDI assume no País, particularmente na melhoria da situação de saúde da criança, redução da morbi-mortalidade infantil e o envolvimento das comunidades na procura de soluções para melhoria da sua saúde. Participaram ao encontro cerca de 60 profissionais de saúde

de todas as províncias do país, oficiais das Agências das Nações Unidas, OMS e UNICEF, oficiais da USAID e da JSI- projecto HSDS, representantes de ONGs e Consultores da OMS/AFRO. O encontro permitiu rever os avanços, lições aprendidas na implementação da AIDI e delinear recomendações específicas para melhoria da estratégia.

O Ministério da Saúde espera que o apoio a estratégia AIDI continue e se fortaleça no sentido de proporcionar a todas as crianças Moçambicanas a oportunidade de crescerem felizes e se tornarem adultosãos e úteis ao desenvolvimento do país. A USAID expressou seu compromisso de continuar com o apoio a implementação da estratégia AIDI nas províncias onde têm estado a apoiar. A DANIDA irá apoiar as actividades de AIDI na província de Tete. A OMS e a UNICEF também continuarão com o seu apoio. Espera-se que outros parceiros possam também juntar a sua voz para juntos reduzirmos as elevadas taxas de morbi mortalidade infantil.

### REUNIÃO DE REVISÃO E PLANIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS DA INFÂNCIA (AIDI) Maputo, 31 de Março a 4 de Abril de 2003



### Desafios

- Manter o apoio técnico e financeiro dos parceiros actuais e incorporar novos parceiros com o fim de assegurar a continuidade das actividades da estratégia AIDI em todos os níveis.
- Reforçar o ensino da AIDI nas instituições de formação
- Adaptar e fundir os materiais de formação existentes por forma a que possam ser usados para a formação de todos os profissionais de saúde, independentemente do seu nível
- Desenvolver actividades para maior envolvimento das comunidades.
- Descentralizar a gestão da AIDI para os níveis provincial e distrital
- Expandir a estratégia para todos os distritos do país.
- Priorizar a AIDI como a principal estratégia para redução das elevadas taxas de morbi-mortalidade infantil.



## Lições Aprendidas

- O envolvimento dos gestores a nível da província e dos distritos é fundamental para uma implementação adequada da estratégia.
- A maneira de implementação da AIDI em Moçambique foi diferente da proposta pela OMS, tendo permitido uma rápida expansão e cobertura da mesma.
- O treino de AIDIs é de curta duração e menos oneroso em comparação com o de AIDI, o que permitiu a sua rápida expansão nos distritos e aumentar muito a cobertura inicialmente prevista.
- A troca de facilitadores entre as primeiras províncias a implementar a AIDI e as que iniciaram numa fase posterior também facilitou o processo nestas províncias uma vez que não foi necessário esperar que tivessem os seus próprios facilitadores.
- Os profissionais treinados em AIDI e em AIDIs seguem os mesmos procedimentos no atendimento à criança doente, nas unidades sanitárias, o que mostra a factibilidade de adaptá-los tornando-os um treino único.
- Algumas instituições de ensino formal treinam os seus estudantes em AIDI usando os materiais de treino do curso de 11 dias (AIDI) e de 6 dias (AIDIs).
- As visitas de seguimento pós-treino são um mecanismo importante para apoiar e monitorizar o processo de implementação das normas da AIDI nas unidades sanitárias e no país em geral.
- A descentralização das visitas de seguimento para o nível distrital é a chave para garantir a sustentabilidade da implementação da AIDI pelos profissionais treinados
- O envolvimento dos directores distritais nas visitas de seguimento e a integração das mesmas nas visitas de supervisão de rotina em algumas províncias, permitiu um melhor acompanhamento dos profissionais treinados e redução substancial dos custos das visitas.
- A tomada local de decisões por algumas províncias no que refere à disponibilização de medicamentos essenciais da AIDI (Quinino, Cloranfenicol, Fansidar) nas unidades sanitárias com pessoal treinado que normalmente não os recebem, contribuiu para minimizar este problema que ainda está sendo discutido pelo nível central.
- Os modelos de implementação da AIDI comunitária variam de província para província de acordo com a ONG ligada ao processo.



## Constrangimentos

- Os custos de implementação a nível provincial são muito elevados (um curso de 11 dias está orçado em cerca de 23,000 USD).
- Falta de uma norma do MISAU, sobre o pagamento dos honorários aos facilitadores
- A Política de medicamentos não permite a prescrição de alguns medicamentos injectáveis e antibióticos por profissionais de nível básico e elementar.
- Fraca disponibilidade de medicamentos essenciais e pré referenciais a nível de Unidades Sanitárias periféricas
- A articulação com outros programas ainda é fraca, havendo ainda muita verticalização de actividades.
- A componente comunitária ainda necessita de enquadramento na política de envolvimento comunitário do MISAU.
- Contrariamente às outras componentes, a implementação da AIDI comunitária encontra-se ainda numa fase incipiente
- A expansão da estratégia às províncias não seleccionadas na fase inicial foi muito rápida. Isto exigiu muito envolvimento do nível central em actividades de formação.
- O envolvimento do nível central em actividades de nível provincial reduziu as oportunidades para supervisão, monitorização e avaliação.
- Início tardio de actividades de seguimento pós-treino
- Grande rotatividade e transferência de trabalhadores de saúde treinados na estratégia AIDI.
- A duração longa dos cursos dificulta a disponibilidade regular dos facilitadores
- Calamidades naturais e situações de emergência frequentes que levam a sobrecarga dos trabalhadores de saúde.
- A nível das brigadas móveis e postos fixos de vacinação ainda se verificam oportunidades perdidas para vacinação



- Poucos parceiros a nível provincial
- Fraco conhecimento das actividades desenvolvidas pelas ONG's.
- Sistema de referência dos doentes graves ainda deficiente
- Interrupção brusca, não faseada, do apoio técnico e financeiro do projecto HSDS



**"Cada criança deveria ter o melhor possível no início da sua vida..."**

**Kofi A. Annan,**  
Secretário Geral das Nações Unidas

**Elas são o nosso futuro**



## Lista de Material produzido pela Secção de Saúde Infantil

Plano Estratégico AIDI 2000  
Plano Estratégico de AIDI 2001  
Relatório da Reunião Nacional de Revisão e Planificação de AIDI (Abril 2003)  
Avaliação Nacional das Unidades Sanitárias (Agosto 2001)

### AIDI

Manuais de AIDI (8 módulos)  
Guia de Facilitador AIDI  
Guia Formação de Formadores AIDI  
Fichas do curso AIDI (registro, práticas)

### AIDI-Simplificado

Guia Técnico  
Guia de Facilitador  
Guia de Avaliação Integrada  
Guia do Tratamento da Diarreia  
Exercícios A - F e Matriz Correção  
Fichas do curso AIDI-S

### Seguimento

Guia de Seguimento  
Formulários de Seguimento  
Instruções do preenchimento dos formulários  
Base de dados de seguimento

### Cuidados de Emergência

Manual de Condutas Práticas  
Manual Teórico  
Fichas pré e pós-teste

### Atenção a Criança Sadia

Cartão da Criança Sadia  
Guião de utilização do Cartão da criança  
Normas de Atenção a Criança dos 0 - 4 anos

### AIDI- Comunitária

Manual de treino de AIDI dos ACS  
Guia de Facilitador (para AIDI/ ACS)  
Cartões de IEC para Saúde Infantil  
Cartaças de IEC (Saúde Infantil)  
Instrumentos de Supervisão dos ACS (AIDI)

### AIDI no ensino Pré-Laboral

Manual de AIDI (traduzido)

## Equipa da AIDI do Nível Central e Provincial

### A Nível Central

#### Ministério da Saúde

Benedita da Silva  
Naguib Osumane Gulamo  
Atália Macome  
Irene Albertina Rungo  
Ana Mateleza  
Práfulta Jaiantilal

Médica Pediatria e Chefe da Secção  
Médico Pediatra (MISAU/SI)  
Médica Pediatra(MISAU/SI)  
Psicopedagoga (MISAU/ RESP)  
Ciências Sociais (MISAU/RESP)

[benedita\\_silva@jsi.org.mz](mailto:benedita_silva@jsi.org.mz)

[atalia\\_macome@jsi.org.mz](mailto:atalia_macome@jsi.org.mz)

Técnica de Medicina (Saúde Pública/MISAU-SI)

[prafulta@hotmail.com](mailto:prafulta@hotmail.com)

#### UNICEF

Jonas Chambule

UNICEF/ Oficial de Proj ectos

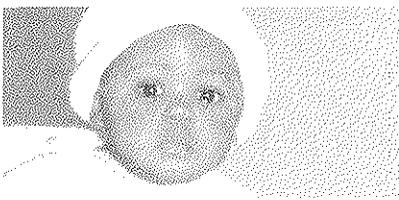
[jchambule@unicef.org](mailto:jchambule@unicef.org)

#### OMS

Mouzinho Saúde

Médico NPO

[saide@oms.mz.org](mailto:saide@oms.mz.org)



## Sobrevivência Infantil Projecto HSDS/USAI

Renata Schumacher

Judite Langa

Maria Luiza Paulo António

Lucy Ramirez

Gregoria Mavunda

Terezinha Fagundes

Jomas Chatufo

Médica (JSI)

Secretária Sénior

Comunidade (JSI)

Comunidade (JSI)

Area de IEC do Projecto HSDS (JSI)

Area de IEC (Projecto HSDS) (JSI)

D

Médica/ saúde Pública (JSI/SI)

r-schumacher@jsi.org.mz

judite\_langa@jsi.org.mz

luisa@jsi.org.mz

## Nível Provincial

### Província de Manica

Esperança Tavede Feijão

Apolinário Soares

Responsável Provincial DPS (SMI)

Técnico de Medicina/ Coordenador/IAI

hai.chimacio@teledata.mz

### Província de Sofala

Isabel Raul Massango

Benedito A. Langa

Responsável Provincial DPS (SMI)

Técnico de Medicina/ Coordenador TH

idh.sofala@teledata.mz

### Província da Zambézia

Francisca Bacião

Carlos Domingos

João Ausse

Responsável Provincial DPS (SMI)

Técnico de Medicina/ Coordenado (Hope)r

Técnico de Medicina/ Coordenador (VV)

hopezam@teledata.mz

Joao.ausse.af@teledata.mz

### Província de Nampula

Maria Laura da Silva

Catarina Regina

Responsável Provincial DPS (SMI)

Médica/ Coordenadora (SC)

Cregina@teledata.mz

### Província de Niassa

Judite Balói

Egas Simbine

Responsável Provincial DPS (SMI)

Médico/ Coordenador (MCDI)

ecsimbine@teledata.mz

### Província de Inhambane

Helena Adriano

Responsável Provincial DPS (SMI)

### Província de Gaza

Joana Tavita

Responsável Provincial DPS (SMI)

### Maputo Cidade

Maria Deolinda Felismina

Virginia Chaguala

Responsável da Cidade/ Direcção de Saúde (SMI)

Responsável Provincial DPS (SMI)

### Província de Cabo Delgado

Marta Isabel Ngaga

Medica/ Hospital Provincial de Pemba

### Província de Tete

Ana Maria Beressone

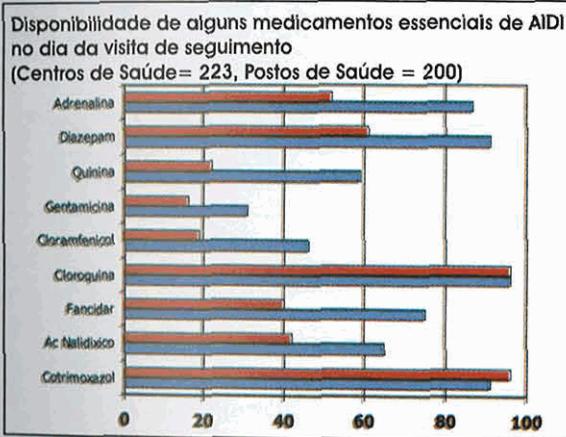
Responsável Provincial DPS (SMI)



## Reforço do Sistema de Saúde para a prestação de Serviços

A componente do reforço do sistema de saúde, inclui aspectos de ligação com outros programas e que requerem uma efectiva coordenação. As áreas que mais intergem com a estratégia AIDI são: a Farmácia (Programa de Medicamentos Essenciais), o PAV, o fornecimento de equipamento básico as Unidades Sanitárias, o sistema de referência para os casos graves, a organização das Unidades Sanitárias e a definição das tarefas dos trabalhadores de saúde.

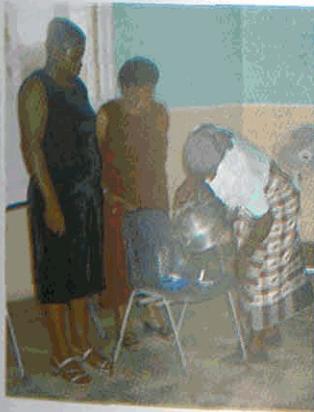
Na implementação da estratégia AIDI várias foram as realizações no âmbito do reforço do Sistema. Os aspectos mais relevantes prendem-se com a capacitação dos trabalhadores de Saúde no uso racional de medicamentos actividade que está incluída nos cursos da AIDI e AIDI-Simplificada. A seguir apresentam-se os resultados de uma parte dos aspectos chave do sistema de saúde que influenciam a implementação da AIDI obtidos nas visitas de seguimento.



### Disponibilidade de Medicamentos Essenciais de AIDI

Houve melhoria na disponibilidade de medicamentos particularmente nas Unidades Sanitárias periféricas através do fornecimento de Kits e melhoria na via clássica. Também, embora ainda não de forma sistemática tem havido mais disponibilidade de medicamentos injectáveis a todos os trabalhadores de saúde treinados na estratégia AIDI.

### Os Cantos de Rehidratação Oral



Para melhoria do manejo das doenças diarreicas reactivaram-se os Cantos de Rehidratação Oral nas Unidades Sanitárias. Durante os treinos de AIDI e AIDI-S discute-se com os participantes a necessidade de reactivar os CRO e encorajam-se soluções locais à falta de material. O tratamento correcto da diarreia é também ensinado durante os treinos de AIDI dos ACS (como mostra a figura esquerda)

